

LES
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'HYSTÉRECTOMIE
POUR
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1913

PAR

Mlle Bronette KORANTE

Née à Alexandropole (Russie), le 23 juillet 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse	{	GRANEL, Professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VIRES, Professeur.		
		SOUBEYRAN, Agrégé.		
		EUZIERE, Agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'HYSTÉRECTOMIE
POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 17

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'HYSTÉRECTOMIE
POUR
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1913

PAR

Mlle Bronette KORANTE

Née à Alexandropole (Russie), le 23 juillet 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

GRANEL, Professeur, *Président*.

VIRES, Professeur.

SOUBEYRAN, Agrégé.

EUZIERE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O. ✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophthalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT, HAMELIN (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIEILLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examineurs de la thèse :

MM. GRANEL, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
VIRES, Professeur.	EUZIERE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

LES
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'HYSTÉRECTOMIE
POUR
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

De tous les cancers viscéraux, le cancer du col, après celui du sein, est le plus susceptible d'une guérison complète, lorsque les lésions sont prises à leur début et qu'on intervient par une opération radicale.

Nous essayerons de l'établir, dans cette étude, en nous appuyant sur les divers travaux et statistiques publiés pendant ces dernières années.

C'est une tâche aride et ingrate, mais d'une importance capitale puisqu'elle s'adresse à l'un des plus terribles fléaux de l'humanité. Elle nous sera facilitée, grâce à l'aimable obligeance de M. le professeur Soubeyran qui a bien voulu nous communiquer une série d'observations personnelles. Nous ne saurions trop lui témoigner ici toute notre respectueuse reconnaissance.

Nous espérons par ce modeste mais sincère travail

apporter une part de contribution à l'une des questions chirurgicales les plus vastes et dont la portée n'échappe à personne.

C'est pour nous un devoir très agréable d'exprimer à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier nos plus sincères remerciements. Ils nous ont en maintes circonstances donné des preuves de leur bienveillance. Nous leur en sommes reconnaissante.

Nous adressons en particulier nos remerciements à M. le professeur Granel, qui a accepté obligeamment la présidence de notre thèse, à M. le professeur agrégé Soubeyran qui nous en a inspiré le sujet, à MM. les professeurs Vires et Euzière qui ont bien voulu nous honorer de leur présence dans le jury.

Nous emportons de Montpellier avec la solide instruction reçue à la Faculté de Médecine le meilleur souvenir de notre séjour dans sa glorieuse Université.

HISTORIQUE

Le 13 avril 1812, un chirurgien italien, Giovanni Battista Pallette, né en 1747 dans la vallée d'Ossola, en Piémont, réalisa, le premier, l'extirpation de l'utérus pour cancer de la matrice.

On pensait à cette époque que le cancer était l'aboutissant ultime de toutes les affections, curables à leur début, et différant dans leur point de départ, des métrites mal soignées, des ulcérations banales, des déchirures. Cette idée directrice que le cancer était une maladie secondaire, conduisit naturellement Lisfranc à pratiquer systématiquement, pendant 10 ans, la résection du col de l'utérus dans tous les cas où il avait quelque doute sur son intégrité. La découverte, en 1818, par Récamier, d'un nouveau spéculum, conduisit à une thérapeutique désastreuse, en l'appliquant à la résection du col. C'est à Sauter, de Bade que nous devons les trois premières hystérectomies vaginales suivies de guérison, opérations qu'il pratiqua en 1822. Mais il se contentait, alors, de bourrer le vagin avec de la charpie, afin de faire l'hémostase.

Récamier, en 1829, perfectionna la technique en proclamant la nécessité absolue de la ligature des ligaments larges. Enfin, Delpech, de Montpellier, créa en 1830, le procédé mixte abdomino-vaginal. Sur 21 opérations qu'il pratiqua, il y eut 21 morts. Ce fut la fin de la première période opératoire pour cancer de l'utérus. Devant des résultats aussi désastreux, devant des interventions qui loin de guérir ou de prolonger la vie des patientes, ne faisaient que hâter la terminaison fatale, tout traitement curatif du cancer utérin fut abandonné. Nélaton, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, écrit en 1860 : « L'amputation du col n'est indiquée que dans des cas tout à fait exceptionnels... Un succès obtenu par hasard ne saurait légitimer une semblable tentative. »

Il faut arriver en 1878 pour voir réapparaître le traitement chirurgical pour les cancers utérins. W. A. Freund, le premier, pratiqua à cette date, l'hystérectomie abdominale totale pour le cancer du col. Hegar et Kaltenbach en Allemagne, répétèrent cette opération en 1881. Les résultats furent loin d'être encourageants, puisqu'en 1885 sur 137 cas traités par cette méthode, on accusa une mortalité de 72 p. 100. De nouveau, l'opération pour cancer utérin fut abandonnée jusqu'au moment où aidé par les progrès de la laparotomie, Wertheim réalisa l'opération qui porte son nom (évidemment pelvien de Wertheim) : l'ablation de l'utérus et de tout le tissu cellulaire de la base des ligaments larges et du pourtour des uretères avec extirpation des ganglions lymphatiques tributaires.

Mais cette méthode, très délicate, très dangereuse, est délaissée et a fait place à la colpo-hystérectomie abdominale, qui semble l'opération de choix. Elle promet les

plus grandes espérances et donnera des résultats le jour où les malades, délaissant enfin, toute idée surannée et tout sentiment de fausse pudeur, viendront dès le premier symptôme inquiétant, consulter un médecin. Le diagnostic du cancer au début, permettra une intervention chirurgicale efficace.

CHAPITRE PREMIER

NÉCESSITÉ D'UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Le cancer du col de l'utérus est une affection qui frappe de préférence l'âge mûr. Il semble toutefois que la limite d'âge tende à s'abaisser. On voit plus souvent qu'autrefois des cancers évoluer chez des femmes jeunes. Les cas de cancer très précoces, comme celui que cite Taylor dans un article intitulé : « Un cas de carcinome du col chez une fille vierge de 28 ans » paru dans l'*American Journal of obstetric*. New-York 1883, t. XVI, page 92, sont heureusement une rareté. Les cancers chez des femmes jeunes, évoluent avec une effrayante rapidité qui rend tout traitement impossible, d'autant plus que le médecin n'est appelé que lorsque la maladie a fait des ravages étendus. Nous ne savons encore actuellement rien ou presque rien de l'étiologie de cette redoutable affection. Certaines causes paraissent prédisposantes ; la métrite cervicale, les déchirures du col, et

chose déplorable, mais qui ne paraît malheureusement que trop certaine, les grossesses répétées. La syphilis joue peut-être un rôle d'appel vis-à-vis du cancer. En tout cas, l'hérédité manifeste son influence d'une façon certaine. « Quel dommage, disait Poirier dans une leçon faite en 1905, que le cancer ne soit pas douloureux dès les premières phases de son développement. On aurait alors là une ressource excellente pour amener les femmes à une consultation précoce. » En effet, il est peu de maladies qui évoluent aussi insidieusement, se traduisant par des signes aussi peu nets et aussi variables. Les pertes rouges sont le premier signe qui doit attirer l'attention. Une femme, en pleine période génitale voit son flux mensuel être plus abondant que de coutume, durer plus longtemps, puis elle a des métrorragies légères, intermittentes, paraissant sans cause apparente. A l'occasion d'un toucher vaginal, d'une injection, d'un coït, un léger saignement se produit.

Dans certains cas, rares, les pertes deviennent immédiatement continues et abondantes. D'autres fois enfin, la maladie évolue, surtout dans les formes squirrhéuses sans attirer l'attention par la moindre hémorragie, la moindre perte blanche.

Lorsque ces hémorragies se produisent après la ménopause, elles sont, dans certains cas, pour la malade, un avertissement salutaire.

Un symptôme, les eaux rousses, accompagnent, précèdent, suivent quelquefois les hémorragies. Ce sont des pertes ressemblant à une sérosité sanguinolente, tachant et empesant le linge, irritant et provoquant une inflammation des parties génitales externes. Lorsque le néoplasme est ulcéré, elles prennent une odeur repoussante et fétide qui permet de porter le diagnostic.

Enfin les douleurs n'apparaissent que lorsque tout est envahi, et que la tumeur a infiltré les nerfs du plexus sacré. Il est alors beaucoup trop tard pour tenter une intervention qui ne ferait qu'abrégér les jours de la malade.

En résumé, le diagnostic précoce du cancer se base sur des hémorragies ou des pertes rosées, légères, intermittentes, durant quelques jours pour s'arrêter, puis revenir, sur des ménorragies abondantes et de durée anormale ne s'expliquant par un autre processus morbide, sur des hémorragies provoquées ou aggravées par les rapports sexuels. De même, lorsque le doigt qui explore ramène un peu de sang ou de débris sanieux, l'idée de cancer doit immédiatement surgir à l'esprit. Le palper abdomino-vaginal, la prise avec une curette d'un fragment de tissu suspect et l'examen histologique, qu'il ne faudra jamais négliger, complèteront et confirmeront le diagnostic. Comme le cancer du col pris à son début est parfaitement curable par les moyens chirurgicaux ainsi que l'attestent les statistiques que j'ai réunies dans le présent ouvrage, tout devra être mis en œuvre pour dépister, au premier signal cette terrible affection. Mais le rôle du médecin ne doit pas se borner à diagnostiquer une maladie et à la traiter. Il doit sortir de ce cadre étroit; il doit tâcher de faire l'éducation de la grande majorité du public, encore malheureusement trop ignorante. Tous nos efforts doivent tendre à combattre, par tous les moyens, les erreurs trop répandues sur les hémorragies physiologiques du retour d'âge. Une véritable croisade doit s'organiser et par des brochures, des conférences, des articles de vulgarisation apprendre aux femmes qu'en dehors des règles mensuelles elles ne doivent pas perdre de sang. Une hémorragie, en appa-

rence légère et bénigne, est souvent le premier symptôme d'une maladie qui, prise à temps, on ne saurait trop le répéter, peut parfaitement guérir. Cela, seul le médecin peut le faire et ce faisant il se créera un nouveau titre à l'estime et à la reconnaissance publiques.

CHAPITRE II

DIVERSES MÉTHODES D'ABLATION

Nous allons passer rapidement en revue les diverses opérations que l'on peut entreprendre pour pratiquer l'extirpation de l'utérus. Elles peuvent se réduire à quatre :

Hystérectomie vaginale ;
— abdominale ;
Evidement de Wertheim ;
Colpo-hystérectomie.

Nous ne ferons que citer les grandes lignes opératoires sans entrer dans le détail de la technique.

Hystérectomie vaginale

Quelques jours avant l'opération, il faut pratiquer la désinfection aussi complète que possible de l'utérus par

des injections au sublimé à 1/5000 ou au permanganate de potasse à 1/2000, deux fois par jour et appliquer, dans l'intervalle des tampons d'ouate stérilisée iodoformée.

On abaisse l'utérus avec une pince de Museux et à l'aide d'une curette tranchante on abrase tous les bourgeons néoplasiques pour diminuer les risques d'infection.

1^{er} temps. — Incision du vagin. La faire aussi éloignée que possible du foyer néoplasique, en plein tissu sain.

2^e temps. — Décollement de la vessie et du rectum. Le doigt, armé d'une compresse stérilisée, refoule et décolle ces organes aussi loin qu'il est possible. On ouvre le cul-de-sac postérieur.

3^e temps. — Bascule du corps de l'utérus en avant. Protéger le rectum en arrière, la vessie en avant au moyen d'écarteur et faire basculer le corps de l'utérus en avant. Ouverture du cul-de-sac antérieur. On aperçoit le fond de l'utérus et le bord supérieur des ligaments larges.

4^e temps. — Hémostase des ligaments larges et des vaisseaux utérins. Il vaut mieux enlever les annexes en même temps que l'utérus. On place des pinces clamps sur les ligaments larges, on les sectionne en dedans des clamps et on enlève ainsi l'utérus et les annexes.

5^e temps. — Pansement. On réunit les pinces en faisceaux, entre elles on met une mèche axiale et entre les pinces et la paroi vaginale, une mèche protectrice. On enlève les pinces au bout de 48 heures.

Hystérectomie abdominale totale avec évidement pelvien Opération de Wertheim

Désinfection préliminaire du col avec abrasion des tissus exhubérants et cautérisation au fer rouge la veille de l'opération.

Opération. *1^{er} temps* : laparotomie médiane sous ombilicale.

Attirer l'utérus en haut ; on aperçoit par transparence à travers les ligaments larges, le trajet de l'uretère. On incise le péritoine à son niveau jusqu'à la base du ligament large.

2° Décollement de la vessie ; ligature des ligaments ronds des infundibulo-pelviens et de la partie supérieure des ligaments larges.

3° Disséquer avec le doigt l'uretère jusqu'à la vessie ; on lie les vaisseaux utérins.

4° On attire l'utérus en haut, ce qui tend les ligaments utéro-sacrés.

5° On isole complètement le vagin sur lequel on applique 2 clamps à mors coudés à angle droit aussi bas que possible, près de la vulve.

6° On sectionne le vagin et on le ferme.

7° On dénude les gros vaisseaux iliaques, on fait l'ablation des ganglions qui les longent et l'excision du tissu cellulaire avec les vaisseaux lymphatiques qu'il contient.

8° On suture le péritoine vésical au péritoine pelvien.

Colpo-hystérectomie abdominale

Nous donnerons un résumé de la technique d'après Lecène.

Nous ne ferons qu'énumérer successivement les divers temps opératoires. L'opération comprend deux temps : 1) vaginal ; 2) abdominal. La libération du vagin se fait à la façon de P. Duval.

1° Ouverture de l'abdomen. Depuis la symphyse jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic ;

2° Libération de l'utérus. Elle se fait d'après la technique de Wertheim ;

3° Découverte des uretères. On reconnaît ce conduit et on le *dégage* très légèrement ;

4° Découverte et ligature des artères utérines. On dissèque très légèrement en dehors de l'uretère et on arrive sur l'artère utérine tout près de la naissance de l'artère hypogastrique. On lie en dehors de l'uretère ;

5° Libération de l'uretère jusqu'à la vessie ;

6° Section progressive des ligaments utéro-sacrés et des lames sacro-recto-génitales ;

7° Exérèse de l'utérus et des annexes, peritonisation, hémostase et suture de la plaie cutanée.

Hystérectomie abdominale totale sans évidemment pelvien.

Voici la technique préconisée par Pozzi et décrite par Jayle dans la *Presse médicale*, 1904, n° 54, 6 juillet.

« L'utérus et les annexes étant attirés dans la plaie,

on lie, puis on sectionne les pédicules utéro-ovariens et le ligament rond, à droite et à gauche ; on incise ensuite le péritoine juste au-dessus de la vessie et on refoule celle-ci en bas ; puis on libère avec soin l'utérus sur les côtés, de manière à bien voir l'uretère et à nettement exposer l'utérine. On pince ou on lie, et on sectionne l'artère utérine, à droite et à gauche. L'utérus tient encore par les ligaments utéro-sacrés que l'on coupe à leur tour. Dès lors, on peut facilement dégager le vagin en avant, en arrière et sur les côtés. Le col, recouvert par le vagin, apparaît globuleux.

Il reste à placer au-dessous du renflement du col, à droite et à gauche, une pince courbe, ou mieux en L, dont les mors viennent se rejoindre exactement sur la ligne médiane. On sectionne au ras des pinces, et l'utérus est enlevé d'un bloc avec les pinces. Il ne reste plus qu'à faire l'hémostase et la péritonéoplastie. »

Parallèle entre les diverses méthodes d'ablation de l'utérus

L'hystérectomie vaginale est une opération désastreuse par les résultats qu'elle donne. Il est impossible de faire l'exérèse de tous les tissus touchés par le néoplasme, qui, le plus souvent, récidive dans la cicatrice même de l'opération. Elle a été abandonnée par la très grande majorité des chirurgiens et ne trouve des indications que dans les cas suivants :

1° Lorsque les malades sont d'un âge trop avancé. L'opération abdominale est alors très grave, les complications pulmonaires sont fréquentes ;

2° L'état d'obésité des patientes. L'hystérectomie abdominale est très difficile et on est souvent obligé de pratiquer l'hystérectomie vaginale ;

3° L'état de cachexie, d'anémie ;

4° L'envahissement trop étendu des organes voisins par le néoplasme. Une issue fatale est certaine et l'opération n'a pour but que de calmer les hémorragies et d'agir favorablement sur le moral de la malade.

L'opération de Wertheim est d'une pratique très délicate, les lésions qu'elle produit sont fréquentes et très graves. On peut propager l'infection en ouvrant de larges espaces qui permettent une greffe facile. D'après Faure, c'est « une opération impossible » et Pinard emploie le terme d' « autopsie sur le vivant ». M. Pozzi dit : « Les malades succombent rarement du fait de l'adénopathie, mais aux hémorragies répétées et à la septicémie chronique, soit surtout aux accidents urémiques que détermine la compression des uretères. Le rôle joué par l'engorgement ganglionnaire dans le mécanisme de la récurrence et de la mort est fort secondaire. Donc l'hystérectomie est suffisante. » L'hystérectomie abdominale totale est une opération beaucoup plus facile où l'on court moins de risques. Par la comparaison des statistiques on voit que la mortalité opératoire est de beaucoup plus faible que dans l'opération de Wertheim et les résultats éloignés sont aussi satisfaisants et le deviendront de plus en plus, à mesure que la technique se perfectionnera et qu'on s'adressera à des cas moins avancés et par conséquent plus curables.

CHAPITRE III

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Nous nous proposons de passer en revue les différentes statistiques qui ont été fournies pour les divers modes d'opérations, d'en apporter une nouvelle due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran, de Montpellier, et d'en tirer les conclusions sur le meilleur mode opératoire.

Hystérectomie vaginale

De 1890 à 1902 la statistique du service du professeur Pozzi comprenait 46 cas d'hystérectomie vaginale avec 7 morts, soit 15 % et de 1899 à 1902, 9 cas avec 9 guérisons.

Les statistiques de différents chirurgiens nous donnent les résultats suivants :

Segond.....	95 cas	17 morts
Döderlein	80 »	2 »
Dmitri de Ott.....	29 »	0 »
Schauto-Waldstein...	241 »	25 »
Fritch.....	395 »	26 »
Quénu	12 »	0 »

Comme résultats éloignés, au congrès de Paris en 1900
Dmitri de Ott donna les résultats suivants :

13 opérées restées sans récurrence pendant 5 ans

6	»	»	6	»
3	»	»	7	»
1	»	»	8	»
3	»	»	9	»
4	»	»	10	»

Flaisch a publié une statistique portant sur 48 cas de cancer utérin opérés par l'hystérectomie vaginale dans le service de Ruge à Berlin : Sur ces 48 opérées, il y a eu 4 morts opératoires et 27 récurrences ; chez ces dernières malades la durée de la guérison a été de 2 à 5 ans.

Sur les 17 autres qui sont encore vivantes il y a :

1	guérison	depuis	18 ans
1	—	—	17 —
1	—	—	16 —
6	—	—	13 —
5	—	—	7 —

3 opérées ont succombé à une maladie accidentelle, mais exemptes de récurrence depuis 2 ans 1/2, 4 ans et 4 ans 1/2.

D'après le professeur Franké et Kleinhaus le pourcentage des guérisons des malades opérées radicalement depuis 4 ans ne fut que de 16 %. Le pourcentage s'élève à 58 % et 77 % pour les malades opérées depuis 3 et 2 ans, mais il est difficile de considérer, disait-il, ces cas comme définitifs, puisque nombre de récurrences surviennent après cette durée de temps.

M. Muret donne la statistique suivante des cas de cancer de l'utérus (*Presse médicale*, 1911, page 296) : 90 cancers du col et 27 cancers du corps. Opérations pour cancers du col (2 opérables, non opérées 38). Opérabilité des cancers du col 44,4 p. 100. Du corps 85,1 p. 100.

Résultats éloignés : 58 opérées survivent à l'opération ; il faut en décompter 6 malades sans nouvelles ou mortes sans récurrence et 4 opérées récemment. Au total : 48. Sur ces 48 opérées, 18 sont vivantes et sans récurrence, le plus ancien des cas remonte à 15 ans et le plus récent à 1 an 1/2, 2 opérées sont vivantes mais avec des récurrences et 28 sont mortes de récurrence. Parmi les 20 vivant encore, il y a 8 cancers du col, dont 6 sans récurrence, 2 avec récurrence et 12 cas de carcinome du corps sans récurrence. Dans la plupart des cas M. Muret a pratiqué l'hystérectomie vaginale (54 fois sur 59 opérations) et 5 fois seulement l'hystérectomie abdominale. D'après ces statistiques l'on voit que si la mortalité opératoire est relativement faible, ce n'est cependant pas une bonne opération, les récurrences étant très fréquentes, car il est très difficile d'atteindre tout le tissu cancéreux et bien souvent la partie supérieure du vagin, qui paraît

saine, se montre, à l'examen microscopique, sillonnée de traînées cancéreuses. La récurrence se fera précisément dans la cicatrice résultant de l'opération.

(Hystérectomie abdominale totale avec évidemment pelvien.)

Opération de Wertheim

Au 11^e Congrès de la Société internationale de chirurgie (Bruxelles, 21-25 septembre 1908), Wertheim (de Vienne), présenta la statistique suivante portant sur 442 cas.

Des 200 premiers cas, 49 se terminèrent par la mort, alors que les 242 derniers ne donnèrent que 19 morts. La mortalité opératoire est, par conséquent, tombée de 24,5 p. 100 à 9,5 p. 100.

Parmi ces 442 cas, les 200 premiers datent d'une époque assez éloignée (5 ans au minimum). Si l'on en soustrait les décès primitifs = 49, les cas qui ne peuvent être retrouvés = 0, et les décès post-opératoires qui n'ont aucun rapport avec le cancer lui-même = 4, il reste 147 cas dont 87 sont restés indemnes de récurrence après 5 ans de contrôle (59 p. 100). Dans ce laps de temps, 495 femmes atteintes de carcinome du col ou de la portion vaginale se présentèrent au pavillon Bettina, 22 refusèrent l'intervention, 269 trop avancées, furent opérées par voie vaginale (au début de l'ère abdominale à cause de leur obésité). Si l'on soustrait de ce total, les malades qui vinrent chercher conseil, les 22 qui refusèrent l'intervention, les 4 décès intercurrents et les malades disparues (0), il ressort que, des 469 cas, 88 restèrent sans ré-

cidive après 5 ans, ce qui donne un facteur absolu de 87,7 p. 100 de guérisons.

M. Jacobs (de Bruxelles) eut 8 guérisons définitives sur 152 cas.

M. Pollosson publie (*Lyon chirurgical*, 1909, tome 7, page 333 à 349, 485 à 502, 588), une statistique personnelle dans la période de 1904 à 1908, portant sur 211 cas opérés radicalement. Pour apprécier les résultats immédiats et éloignés il divise ses cas en 4 séries :

1^{re} série (1904-1905) : 27 hystérectomies pour cancer du col, avec 5 morts (18,5 p. 100).

2^e série (1905-1906) : 73 hystérectomies (65 cancers du col, 5 du corps, 3 du vagin avec 10 morts (13,7 p. 100).

3^e série (1907) : 44 hystérectomies, 35 cancers du col, 6 du corps, 3 du vagin, avec 4 morts (11,5 p. 100).

4^e série (1908) : 65 hystérectomies (57 cancers du col, 8 du corps) avec 13 morts (20 p. 100). Dans cette dernière série, le taux plus élevé de la mortalité s'explique par ce fait que Pollosson s'est attaqué à des cas plus avancés et plus étendus.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

1^{re} série (novembre 1904 à juin 1905).

20 cas suivis de 13 récidives et 7 opérées actuellement sans récidive (35 p. 100).

2^e série (1905-1906) 42 cas suivis avec 16 récidives et 26 opérées actuellement sans récidive (61 p. 100).

3^e série (1907) : 23 cas suivis, avec 7 récidives et 16 opérées actuellement sans récidive (69 p. 100).

4^e série. Trop récente pour en tenir compte.

Statistique de Scheib (de Prague)

100 cas d'hystérectomie abdominale totale pour cancer du col datant de 2 à 6 ans, avec 33 malades revues sans récurrence, mais si l'on compte seulement les opérations datant d'au moins 5 ans (34 cas) temps nécessaire d'après Wertheim pour affirmer la guérison absolue, le pourcentage de guérison des malades opérées est d'environ 25 p. 100. Si on cherche le pourcentage de guérison absolue, suivant la formule de Wertheim on trouve les chiffres suivants : 3,8 p. 100 pour les cas datant de 6 ans (sur un total de 123 malades) et 5 p. 100 pour les cas datant de 5 ans (sur un total de 117 malades). Statistique de Wertheim donne 19 p. 100 au Congrès de Dresde.

La statistique s'améliore pour les cas plus récents datant de 4, 3 et 2 ans puisqu'elle donne 4,8; 10,5; 20 p. 100 de guérison.

Hystérectomie abdominale totale

Les premiers résultats obtenus par cette méthode, ne furent guère satisfaisants. En 1885, Hegar et Kaltenbach publiaient une statistique portant sur 137 cas avec une mortalité de 72 0/0.

Sur 34 cas d'hystérectomie abdominale opérés dans le service de M. Pozzi, de 1878 à 1902, 8 se sont terminés par la mort, soit une mortalité de 26 0/0.

Les autres chirurgiens ont eu :

Segond	5 cas	0 mort
Richelot	24 »	8 morts
Faure	5 »	2 »
Wertheim.....	90 »	20 »
Schauta	15 »	9 »
Jacobs.....	52 »	4 »

Si nous prenons une moyenne, nous voyons que la mortalité était de 22,5 0/0. Comme résultats éloignés, M. Pozzi disait qu'on ne pouvait parler que de survies éloignées, mais pas de cure définitive. Heureusement, cette affirmation est trop absolue puisque M. Faure publiant sa statistique dit : « Sur 12 malades sorties vivantes de l'hôpital et opérées de 1902 à 1905, j'en avais retrouvé 9 en parfaite santé, avec des guérisons variant de un an et quatre mois à quatre ans et huit mois ; en moyenne trente-huit mois et demie, plus de trois ans. J'ai de nouveau recherché ces malades. Toutes ont répondu à l'appel. Toutes se retrouvent guéries, et la longueur de leur survie s'est augmentée de seize mois, de sorte que la durée moyenne de leur guérison est aujourd'hui de plus de quatre ans, exactement quatre ans et quatre mois. Je veux bien que cette proportion de femmes demeurées guéries qui atteint 75 0/0 des malades sorties vivantes de l'opération et qui a été obtenue malgré les conditions mauvaises dans lesquelles quelques-unes d'entre elles ont été opérées, soit une proportion exceptionnelle. Il n'en est pas moins vrai, même si nous la réduisons sensiblement, si même pour ne pas tenir compte de ce qui peut être une série heureuse, nous la réduisons de moitié, que les 35 à 40 0/0 ainsi obtenus qui correspondent aux chiffres de quelques

chirurgiens allemands, et en particulier de Wertheim, il n'en est pas moins vrai, dis-je, que ce sont là des faits impressionnants, et qu'il ne suffit plus maintenant de traiter par le mépris ou d'accueillir avec un sourire d'incrédulité. »

En 1908, M. Jayle donnait à la Société de chirurgie (Société de chirurgie 1908, n° 26, rapport de M. J.-L. Faure), les résultats suivants :

« Sur 23 opérées du cancer du col, 5 ont succombé à l'opération, soit 21,7 p. 100. Cela n'est pas excessif étant données les conditions véritablement très mauvaises, dans lesquelles ont été opérées certaines malades. *Il faut bien se persuader que cette opération restera grave tant qu'elle s'adressera à des femmes épuisées qui viennent trouver le chirurgien trop tard pour pouvoir faire œuvre vraiment utile.*

Restent 18 malades opératoirement guéries ; ce sont celles-ci qui peuvent seules nous renseigner sur l'efficacité de l'intervention.

Sur ces 18 malades, 6 sont actuellement guéries,
une depuis 6 ans et 7 mois

—	3	—	9	—
—	3	—	7	—
—	3	—	6	—
—	3	—	5	—

• Une depuis 4 mois.

Si l'on écarte cette dernière comme trop récente, il reste 5 malades guéries depuis plus de 3 ans, soit 30 p. 100 des malades sorties vivantes de l'opération. C'est un chiffre qui, il y a quelques années à peine, eut passé pour incroyable, mais que nous commençons à nous habituer à entendre.

Sur ces 23 malades opérées pour cancer du col, 6 présentaient des cancers parfaitement localisés au col de l'utérus sans envahissement des ligaments larges et 18 des cancers avec propagation soit au vagin, soit aux ligaments larges. Ces 18 cas de cancers propagés ont fourni les 5 morts opératoires et n'ont donné aucune guérison définitive, et les 6 guérisons ont été fournies par les 6 cas de cancers localisés.»

Statistique de Franz et Zinsser (de Iéna):

Cette statistique porte sur 180 opérations abdominales pour cancer pratiquées de 1904 à 1910.

Les résultats éloignés ne sont valables que pour les opérations datant de plus de 5 ans. Il y a 11 malades de cette catégorie avec :

5 mortes de récidives

3 malades perdues de vue

3 guérisons durables (18 p. 100)

Si l'on retient toutes les opérations datant de plus de deux ans il reste 22 malades sans récidive (dont 18 ont dépassé trois ans et 4 ont dépassé quatre ans et 38 récidives connues.

70 cas avec intégrité complète du paramètre ont donné une mortalité de 12,6 p. 100 et une proportion de 27 p. 100 de non récidives après deux ans et plus.

82 cas avec infiltration du paramètre, étendue jusqu'à la paroi pelvienne ont donné 38 p. 100 de morts et 18 p. 100 de non récidives.

8 cas avec envahissement de la vessie et du rectum ont donné :

- 3 morts opératoires
- 3 récidives dans les deux premières années
- 1 malade perdue de vue
- 1 « réopérée au bout d'un an pour une récidive, restée bien portante après quatre ans.

Au Congrès de Budapest de 1909, J.-L. Faure disait :

Dans les cas simples, les guérisons durables dépassent de moitié le nombre des opérées.

Dans les cas un peu étendus le quart des malades survit à l'opération.

En bloc, il semble qu'on peut s'arrêter au chiffre de 30 à 40 p. 100.

Statistique de M. Jayle

Nombre des observations 28, se répartissant en

5 cancers du corps.

1 — du corps et du col.

22 — du col.

Il divise ces cas en deux classes, suivant que le cancer est localisé, c'est-à-dire qu'il n'a envahi ni le tissu cellulaire, ni les ligaments larges, ni les annexes, ni le péritoine, ni les ganglions, ou bien qu'il se propage soit au vagin, soit au péritoine, aux ligaments larges, aux annexes ou aux ganglions.

CANCER LOCALISÉ

6 cas — 6 guérisons opératoires — 6 guérisons sans récidive depuis 7 ans 1/2, 5 ans, 5 ans, 3 ans 1/2, 4 ans 1/2, 1 an 1/2.

CANCER PROPAGÉ

17 cas. 5 morts opératoires. Sur les 12 cas restant les résultats ultérieurs sont les suivants :

3 malades n'ont pu être retrouvées. Les 9 autres malades ont récidivé ou ont succombé dans l'année.

Statistique de M. Jayle (Société de chirurgie 1908, n° 26)
Rapport de M. J.-L.-Faure

« Sur 12 malades opérées de 1901 à 1905 par la méthode de Wertheim et sorties vivantes de l'hôpital ; j'en retrouve toujours 9 avec des guérisons qui se répartissent ainsi :

Une	depuis	2	ans	et	6	mois
—	—	2	—	—	7	—
—	—	3	—	—	7	—
—	—	4	—	—	1	—
—	—	4	—	—	1	—
—	—	4	—	—	9	—
—	—	5	—	—	3	—
—	—	5	—	—	8	—
—	—	5	—	—	9	—

J'ai enfin revu une malade opérée en avril 1899 et toujours guérie depuis 8 ans et 10 mois. »

OBSERVATIONS

Opérations pour Cancers de l'Utérus

Résultats

*Statistique D^r Soubeyran, professeur agrégé
(Montpellier)*

OBSERVATION I

Cancer du col.

Date de l'opération : 1^{er} août 1905.

Hôpital. Suppléance professeur Tédénat. Col en énorme battant de cloche. 60 ans; hystérectomie abdominale totale. Récidive presque immédiate.

OBSERVATION II

Epithélioma du col au début. Hystérectomie totale. Guérison.

Date de l'opération : 5 août 1907.

Rose B., 45 ans, de Vernet-les-Bains. Entrée à l'Hôpital Suburbain (S. Paulet), le 22 juillet 1907.

Cancer de l'utérus

	Cas opérés	Morts immédiates	Récidives		Non revus	Morts sans r.	Guérisons	Auteurs
			rapid.	loin.				
	250		78				125	Wertheim.
	27	5	13				7	Pollosson.
	73	10	16				26	—
	44	4	7				16	—
	63	13						—
	51							Peterson.
	21						17	Giles.
	60	12	24				24	Bumm.
	87	13					51	Wertheim, 1908.
	57	5					18, 5 ans	Hofmeier.
	90	18					10	—
	106	16					30	—
Corps..	33	15					9	J.-L. Faure.
	21	4					4	Farrar Cobb.
	6						6	Giles.
Col....	250	5 ⁰ / ₀ p. 1 ^{er}					90 ⁰ / ₀	J.-L. Faure.
		20 ⁰ / ₀ 2 ^e					50 ⁰ / ₀	—
		50 ⁰ / ₀ 3 ^e	90 ⁰ / ₀					—
		15 ⁰ / ₀ moyen					35 ⁰ / ₀	—
	59	15	25				19	Busse.
	49	17					5	Farrar Cobb.
	41	2						Pollosson.
	39	9	3.	3		1	8	Wesley Bovee.
	31	10					20, 9 ans	Peterson.
	445	40					73, 5 ans	Schauta.
	268						36, 5 ans	
	85						19, 4 ans	
	73						21, 3 ans	

Depuis trois mois, pertes abondantes roussâtres, fétides; pas de douleur, col ulcéré, végétant; utérus mobile.

Hystérectomie abdominale totale, le 5 août 1907. Opération pénible. Il y a de l'annexite, adhérences fibreuses très dures à l'intestin; ces adhérences analogues à des fils occupent le Douglas, le vagin est très fixé et le col difficilement accessible.

Pièce. — Col aussi gros que le corps, en barillet, végétation abondante sur son côté gauche.

Suites opératoires bonnes.

Le 7, un peu de tension abdominale, pas de gaz.

Le 8, selle par lavement; bon facies, pas de température. Guérison.

En 1910, le D^r Pagès, de Vernet, nous a assuré que son état était excellent (trois ans après).

OBSERVATION III

Cancer avancé du col utérin.

Date de l'opération : 8 août 1907.

M^{me} X., 48 ans.

Entrée en gynécologie, service de M. de Rouville, que M. le docteur Martin, agrégé à Toulouse, supplée. Col énorme, bourgeonnant; pertes fétides; pas de douleurs. Je l'assiste dans cette hystérectomie totale abdominale. Opération très pénible (8 août 1907). Mort le troisième jour de septicémie péritonéale.

OBSERVATION IV

Epithélioma du col. — Evidement ganglionnaire pelvien.

Date de l'opération : 7 septembre 1907.

Femme de 54 ans.

Epithélioma ayant détruit le côté gauche du col, gros bourgeon sur le côté droit. Vagin intact. Corps utérin gros et mobile. Le 4 septembre, curettage du col et évidement. Le 7 septembre (service de M. Tédénat), hystérectomie abdominale totale, le vagin fermé entre les deux pinces courbes.

Il existe des ganglions pelviens à la bifurcation de l'artère iliaque primitive ; ils sont fluctuants et suppurés, on les enlève facilement ; leur volume est celui d'un œuf de pigeon. Deux sont à droite, un à gauche. Suites bonnes. La malade sort de l'hôpital un mois après. Aucune nouvelle.

OBSERVATION V

Epithélioma du col au début. — Hystérectomie abdominale totale.
Guérison maintenue encore cinq ans après.

Date de l'opération : 24 août 1908.

Mme P., 46 ans, de Narbonne, envoyée à la Villa Fournier par M. Tédénat, avec le diagnostic de cancer du col. Je l'opère le 24 août 1908. Début deux mois par pertes rouges odorantes. Un accouchement à 18 ans. Col bourgeonnant, utérus mobile. M. Soubeyran fait

l'hystérectomie totale, ablation large du vagin, aisée.
Suites excellentes. Revue en 1909 en bon état. En
juillet 1913, aucune récurrence.

OBSERVATION VI

— Epithélioma utérin. Guérison cinq ans après.

Date de l'opération : 1^{er} octobre 1908.

Mme R... Marie, 45 ans. Entrée le 22 septembre 1908
(service de M. Tédénat), pour hémorragies utérines.
Gros utérus mobile, col végétant sur le pourtour de son
orifice.

Hystérectomie totale le 1^{er} octobre 1908. Guérison. En
avril 1913, la malade revient à l'hôpital pour une éven-
tration de la paroi abdominale. Le fond du vagin ne
présente aucune récurrence. Je fais la cure de son éven-
tration.

OBSERVATION VII

Date de l'opération : 1^{er} septembre 1909.

Mme X., 65 ans, d'Olonzac, présente un épithélioma
du col utérin avancé ; cul-de-sac droit un peu pris. Curet-
tage du col, hystérectomie abdominale totale le 1^{er} sep-
tembre 1909. Opération bien supportée ; mais il se fait
au quinzième jour une fistule vésico-vaginale.

La malade continue à se cachectiser et est emportée un
mois après par sa famille.

OBSERVATION VIII

Epithélioma du col (lèvre antérieure), hystérectomie totale.

Date de l'opération : 20 septembre 1909.

Mme Marie F., 41 ans, de Fabrezan (Aude). Pertes irrégulières depuis un an environ (Salle Paulet).

Utérus mobile, col énorme et bourgeonnant. Le 19 septembre, curettage large du col (lèvre postérieure intacte). Le 20, hystérectomie abdominale totale, opération facile, utérus très mobile et venant bien. Drainage abdominal et vaginal. Suites parfaites. Sortie un mois après. Pas de nouvelles.

OBSERVATION IX

Epithélioma du col, hystérectomie abdominale totale.

Date de l'opération : 27 septembre 1909.

Mme Hélène G., 55 ans, de Mende (Salle Paulet). Pertes rouges revenues (ménopausée depuis 50 ans), il y a deux ans. Pas de douleur. Amaigrissement de 13 kilos depuis un an. A eu 14 enfants, 4 en vie.

Col très gros, dur, bourgeonnant, hystérectomie abdominale totale, pénible. Morte au cinquième jour de péritonite.

OBSERVATION X

Cancer du corps de l'utérus.

Date de l'opération : 26 septembre 1912.

Mme N... opérée le 26 septembre 1912. Guérison maintenue juillet 1913. (Thèse Rigall, Montpellier 1913, p. 29).

OBSERVATION XI

Cancer du corps.

Date de l'opération : 27 octobre 1912.

Cancer du corps utérin opéré le 27 octobre 1912. Mort quatre mois après. (Thèse Rigall, Montpellier 1913, p. 32).

OBSERVATION XII

Epithélioma du col

Date de l'opération : 28 mars 1913.

Mme G..., 48 ans, de Saint-Laurent-d'Aigouze, entre en mars 1913 au service de M. Tédénat.

Pertes rouges, fétides, gros col en chou-fleur.

Ablation du col le 27 mars.

Le 28, hystérectomie abdominale totale.

Guérison. Revue en juillet bien guérie.

OBSERVATION XIII

Cancer du col. — Cul-de-sac envahi. — Hystérectomie totale
avec colpectomie

Date de l'opération : 4 avril 1913.

Mme X..., de Millau (Aveyron), 50 ans. Envoyée par le docteur Lavabre à l'Hôpital Suburbain (service de M. le professeur Tédénat que je supplée).

Début il y a 3 mois par des pertes rosées (malade ménopausée depuis 3 ans).

Elle a beaucoup maigri et jauni.

Le col présente l'aspect d'un chou-fleur, cul-de-sac vaginal envahi à gauche ; utérus mobile.

Le 3 avril 1913, ablation large du col.

Le 4, hystérectomie abdominale totale large. Une bonne partie du vagin est enlevée avec l'utérus.

Sort de l'hôpital un mois après.

OBSERVATION XIV

Epithélioma du col avancé

(Docteur Borel)

Date de l'opération : mai 1912.

Mme Z..., de Cette. Hystérectomie abdominale totale.

Morte au 5^e jour de septicémie,

En résumé : 14 cas d'épithéliomas utérins opérés par
M. le professeur agrégé Soubeyran.

Obs. III.	{	Mort peu après l'opération dans les jours qui suivent (Epithéliomas très septiques).
Obs. IX.		
Obs. XIV.		

Obs. I.	{	Récidive rapide.
Obs. VII.		
Obs. XI.		

Obs. II (10 ans).	{	Survie de plusieurs années.
Obs. V (5 ans).		
Obs. VI (Id.).		
Obs. X (10 ans).		

Obs. IV.	{	Résultats éloignés inconnus.
Obs. VIII.		

Obs. XII.	{	Bons résultats, mais encore récents.
Obs. XIII.		

La plupart des cas envoyés au chirurgien sont déjà
inopérables, car la malade vient trop tard.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du col est une affection facilement curable, *s'il est pris à son début*, si l'envahissement des parties voisines n'est pas trop prononcé et permet encore une opération radicale, qui puisse enlever tous les tissus malades ;

2° L'opération de choix est l'hystérectomie abdominale totale qui n'a pas les inconvénients de l'évidement pelvien et qui en a tous les avantages ;

3° Les statistiques vont en s'améliorant d'année en année, parce que l'opération est mieux conduite et plus précoce ;

4° Tous nos efforts doivent tendre à instruire les femmes des dangers qu'elles courent en venant trop tard consulter un médecin. Nous ne devons épargner ni notre temps, ni notre peine qui nous seront largement compensés par la satisfaction de voir diminuer de jour en jour les victimes de cette terrible affection.

Les considérations de J.-L. Faure, à propos du cancer du col basées sur une expérience de 250 cas, sont des plus suggestives :

« Dans les cancers au début, lorsqu'une des lèvres du col est seule envahie, que les culs-de-sac vaginaux sont souples et la mobilité utérine absolue, la mortalité opératoire ne dépasse pas 5 p. 100, la guérison définitive est la règle, la récidive, l'exception. »

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis (Arch. f. Gyn., 1888, t. XXXII, n° 2; p. 271).
- AMANN. — Kurzgefasstes Lehrbuch der microscopisch. gynäkologischen Diagnostik
- AMANN. — Comptes rendus du Congrès de Giessen, 1901, p. 153.
- ARTAUD (G.). — De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cancer du col de l'utérus et de l'hypertrophie du cœur consécutive (Revue de méd., nov. 1885, p. 905).
- Archives générales de chirurgie, 1910, p. 186.
- BEULE (F. DE) (Gand). — Cancer primitif du vagin et son traitement opératoire (Bull. acad. roy. Méd. de Belgique, sept., 1910, p. 650).
- BILHAUT. — Thèse de Paris, 1907.
- BIERFREUND. — Ueber das Verhalten des Endometriums bei Carcinoma Portionis et Cervicis Uteri (Dissert. inaug., Königsberg, 1891).
- BONHATE HENDERSON. — Hystérectomie abdominale pour cancer du col (Brit. med. j., 21 nov. 1908, p. 1545).
- Boston medical A. S. G., 1909, n° 8, 254 cas de cancer de l'utérus.
- BOUILLY. — Congrès intern. de Paris, 1900, p. 36.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie, Paris, 1902.
- BOISSIER. — Cancer de l'utérus (Thèse de Montpellier, 1899).

- BUMM (E.). — Guérison du cancer de l'utérus (Zeit. f. Krebsf., 1910, p. 103). — Sur le traitement du champ opératoire dans l'opération radicale pour cancer du col (Centralbl. f. gyn., 4 janv. 1913, p. 1).
- Congrès de Bruxelles. Presse médicale, 1908, n° 84.
- Congrès des nat. et méd. allem. tenu à Breslau, sept. 1904, anal, in Centralbl. f. Gyn., 1904, p. 1233.
- CURATULO. — Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina rei tumori della matrice, etc. (Ann. di Ost., 1891, p. 1 et 75).
- CULLEN. — The Cancer of the Uterus, 1900.
- CORNIL. — Histologie de l'épith. du col de l'utérus (Journal des connaiss. méd., 1889, p. 44).
- CHARRIER. — Bull. Soc. anat., octobre 1890, p. 431.
- CZEMPIN. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1891, t. XXII, p. 2.
- DÖDERLEIN. — Congrès allem. de Gyn. de Giessen, 1901.
- D. DE OTT. — Congrès intern. de Paris, 1900, p. 5.
- DUNNING. — Amer. gyn. Journ. 1902, oct. In Frömmels Jahrb., 1902, p. 203.
- ELISCHER. — Ueber Veränderungen der Schleimhaut des Uterus bei Carcinom der Portio vaginalis (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1891, t. XXIX, p. 15).
- ECKARDT. — Ein Fall von Cervixcarcinom bei einer 19 jährigen Jungfrau (Arch. of. Gyn., 1887, t. XXX, n° 3, p. 471).
- FARRAR COB. — Cancer de l'utérus (Bost. med. surg. j., 2 juil. 1912).
- FAURE (J.-L.) (Paris). — De l'hystérectomie pour cancer de l'utérus au cours de la grossesse (Soc. d'obst. gyn., Paris, fév. 1912, p. 80).
- FÉRÉ et CARON. — Etude statistiq. sur les complic. du cancer de l'ut. d'après 51 autop. faites à la Salpêtrière.
- FRANZ et ZINSSER. — (Léna) Technique et résultat de l'hystérectomie abdominale pour cancer utérin (Arch. für Gynäkologie, t. XCI, fasc. 3, 1910, p. 599 à 640).
- FLAISCHLEN. — Centralbl. f. Gyn., 1903, n° 52, p. 1557.
- FRITSCH. — Congrès allem. de gyn. de Giessen, 1901, p. 430.

- FROMME. — Laparo-hystérectomie appliquée au traitement du cancer utérin (Monats. f. Geburts hülfe und Gynäc., fév. 1908, p. 238).
- GILES (A.) (Londres). — Résultats éloignés des opérations abdominales sur les organes pelviens (Journ. of. obst. and Gyn., mai, 1910, p. 366).
- GUSSEROW. — Die Neubildungen des Uterus, Stuttgart, 1886.
- HOFMEIER. — Berlin. klin. Woch., 1886, N° 6, p. 91, N° 7. p. 106.
- HOFMEIER (Wurzburg). — Traitement opératoire du cancer du col de l'utérus (Zeits. f. Geburts und Gyn., 1911, p. 453).
- HERZFELD. — Wien. med. Presse 1898, N°s 6 et 7. p. 210-25.
- HUTCHINS (H.-T.). — Opération de Wertheim pour cancer du col de l'utérus (The Boston med. and surg. journ., 20 mai 1909, p. 641).
- HEGAR. — Virchow's Arch. 1872, t. LV, p. 245.
- IMBERT et PIÉRI. — C. R. Soc. intern. de chir., Bruxelles, sept. 1908.
- IRISH. — Bost. med. and surg. J., 1902, p. 407.
- JACOBS. — Compte rend. Soc. int. de chir., (II^e Congr. Bruxelles, sept. 1908).
- Revue de gyn. et de chir. abd., 1900, N° 4, p. 607.
- JAYLÉ. — Revue de gynécologie, 1908, N° 5.
- JONNESCO. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus (Revue de gynécologie et de chirurgie abdom., 1902, p. 757).
- KAMPERMAN (G.). — Etude de 212 cas de cancer de l'utérus (Amer. Journ. of obs. and dis. of women and child., t. LXVI, oct. 1912).
- KLEINHAUS. — Prag. med. Woch., 1902, N° 48, p. 597.
- KNAUER. — Chrobak. Beit. z. Geb. u. Gyn. 1901, t. V, p. 205.
- KROEMER. — Arch. f. Gyn., 1902, t. LXV, p. 626.
- KOEBERLÉ (Gaz hebdom. de méd. 26 févr. 1886, p. 139).
- KLEINWACHTER. — Wien. med. Presse, 1881, n°s 3 et 4.
- KROENIG. — Monats. f. Geb. u. Gyn., 1902, t. XV, n° 6 et Centralblatt für Gynaekologie, 1902, p. 1186.
- LEGUEU (F.) (Paris). — Le traitement préventif de l'anurie dans le cancer utérin (Zeit. f. Gyn., n° 6, 8 fév.).
- LECÈNE. — Journal de chirurgie, 1910, n° 1.

- LEWERS. — Cancer of the uterus, Londres, 1902.
— Lancet, 1901, 5 juin.
- LÉOPOLD. — Zur Diagnose des Carcinome Corporis Uteri (Arch. für Gyn., 1891, t. XL, n° 2, p. 314-324).
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, Paris, 3^e édition, 1904, p. 932.
- LECA (L.). — Des lésions secondaires du cancer de l'utérus (Thèse de Paris, 1888).
- LANCEREAUX. — De la néphrite consécutive à l'épithélioma utérin (Annal des mal. des org. génito-urin., 1884, p. 417, 482, 540).
- MAC CANN (F.-J.) (Londres). — Opérations abd. élargies dans le cancer de l'ut. (Lancet, t. CLXXXIII, n° 4647, 21 sept. 1912).
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1909.
- MORISANI. — Comptes rendus du Congrès de Rome, 1902, p. 530.
- MAYER (A.). — Cancer de l'utérus et résultats de l'extirpation totale (Monats. für Geburt. und Gynaek., t. XXXIII, juin 1911).
- MICHINE (V.-A.) (Odessa). — Cancer de la cavité utérine ; son diagnostic (Rouss. Vrach, t. XI, n° 28, 14 juil. 1912).
- MUNRO KEER (Glasgow). — Fréquence de l'adéno-carcinome du corps dans les fibromes de l'utérus (Brit. med. Jour., 8 janv. 1910).
- MONTFUMAT. — Thèse de Paris, 1867.
- MERKLEN. — Thèse de Paris, 1881.
- MANGIN. — Marseille méd. 1888, p. 513.
- MARION SIMS. — Amer. Journ. of Obstet. 1879, t. XII p. 451.
- OLSHAUSEN. — Comptes rendus de la Société d'Obst. et de Gyn. de Berlin 1902, 14 nov.
- Paris médical, 1911, n° 18.
- PICHEVIN (R.). — De l'extirpation totale de l'ut. par voie vaginale Paris, 1897.
- Paris chirurgical, 5^e année, n° 4 avril, 1913.
- PFANNENSTIEL. — In Krœemer. (Arch. für Gyn., 1902, t. LXV p. 626).
- POLLOSSON. — Lyon chirurgical, 1909.
- POZZI (S.). — Traité de Gynécologie, 4^e édition.

Presse médicale, 1908, n° 26.

— 1909 (Congrès de Buda-Pesth 1909, p. 636).

— 1908, n° 40.

— 1911, n° 1.

— 1911, p. 296.

PETERSON. — Résultats immédiats et éloignés de 51 opérations radicales pour cancer de l'utérus (Surg. gyn. obs., 2 août 1912, p. 135).

ROCHARD. — Histoire de la chirurgie franç. au XIX^e siècle, p. 265-267.

REYNIER. — Congrès d'Amsterdam, 1899, p. 41.

RICHELOT. — Chirurgie de l'utérus, 1902, p. 289.

ROSTHORN. — Prag. med. Woch., 1899, n° 17.

SCHAUTA. — Opération vaginale élargie pour cancer de l'utérus (Monatsch. f. Geburts u. Gyn., juin 1911-sept. 1912).

SCHEIB. — Journal de chirurgie, 1908, p. 351.

Société de chirurgie, 1907.

SEGOND. — Thèse de Bigeard, 1899.

SCHAUTA. — *In* Waldstein (Arch. f. Gyn. 1900, t. LXI, p. 52)

SAMPSON et JOHN HOPKINS. — Hosp. Bull. 1902, p. 299.

STAUDE. — Extirpation de l'utérus pour cancer du col par la voie vaginale élargie et la double fente vaginale (Centr. für Gyn., 1908).

SCHROEDER. — Zeits f. Geb. und Gyn., vol. 6.

TAUSSING. — A propos du traitement de cancer de l'utérus (Inters. med. jour., fév. 1909, p. 109).

TERRIER. — *In* Richelot, loc. cit.

TÉDENAT. — Cité par Barraud.

THORN. — Réun. des méd. et nat. allem. tenue à Brunswick, 1897, sept.

TUFFIER. — Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1897-1898 ; Rev. de gyn. et de chir. abd., 1898, n° 8.

THUMM. — Centralbl. f. Gyn., 1899, p. 129.

VIOLET et MURARD. — Fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystér. abdom. avec évidem. pelv. pour cancer utérin (Lyon chirurg., 1912, p. 144).

WENDEL. — Opérations de récidives du cancer utérin (Prager med. Woch., 30 sept. 1909).

WERTHEIM. — Centr. f. Gyn., 1902, p. 249.

— L'opération abdominale étendue pour cancer de l'ut. (Amer Jour. of obst. and dis. of women, août 1912).

— Les opérations pratiquées dans les cas de récid. après l'extirp. du cancer de l'ut. (Wiener Klin. Woch., 4 janv. 1912, p. 65).

WINTER. — Congrès de la Soc. all. de gyn. tenu à Giessen, 1901, p. 49 et suiv.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 juillet 1913.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 17 juillet 1913

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
